

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申請書

申請者記入用

申請日 年 月 日

退職後の健康保険として任意継続を申請する場合

|                            |  |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 退職前の被保険者の記号 (1か2)  | 番号 (06270748ではありません) (右づめ)                                  | 記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください                        |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏名 (フリガナ)  | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女    | 生年月日  |   | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 住所 (〒 - )  | 都道府県  | □昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 電話番号 (日中の連絡先)  | TEL ( )   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 勤務していた事業所の名称   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 資格喪失年月日 (退職日の翌日)   | 令和 年 月 日  | 保険料の納付方法  | <input type="checkbox"/> 月払 <input type="checkbox"/> 半年前納 <input type="checkbox"/> 一年前納 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 保険料の納付種別   | <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 口座振替 |   | ※口座振替は三菱UFJ・三井住友・りそなに限る。口座振替依頼書が別途必要。   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 保険給付振込口座 (「口座振替」の方は引き落とし口座、「銀行振込」の方はゆうちょ銀行以外の口座を記入)          |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 金融機関名称 (コード)   | ( )   | 支店名 (コード)   | ( )   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 (右づめ)  | 口座名義 (カタカナ)   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

資格確認書交付必要理由番号 (マ付保険証あれば不要)  資格確認書の交付が必要な場合、下記の該当する番号を記入ください。該当する場合のみ交付します  
1: マ付カードを取得していない・マ付カードの返納者 2: マ付カードの電子証明書の有効期限切れ  
3: マ付カードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない 4: 利用登録解除者

**【任意継続についての注意事項】 ※必ずご一読いただき最後に確認済サインをお願いします。**  
**次のいずれかに該当する場合には、資格喪失となります。(健康保険法 第38条)**  
①任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ②被保険者が死亡したとき  
③保険料を納付期日までに納付しなかったとき ④就職し強制加入の被保険者となったとき  
⑤船員保険の被保険者となったとき ⑥後期高齢者医療の被保険者となったとき

被保険者署名: \_\_\_\_\_

## 健康保険 被扶養者届 【資格取得時】 ※添付書類が必要です

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者として申請される方についてご記入ください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者 (異動) 届」をご提出ください。

| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄                   | 氏名   | 生年月日                 | 性別  | 続柄  | 収入種類                         | 月平均収入                        | 同別居   | 資格確認書   |
|---|------|----------------------|---|---|------------------------------|------------------------------|---|---|
|   | (カナ) | (名)                  | □昭和 □平成 □令和<br>年 月 日                                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |                              | □無収入<br>□給与<br>□年金<br>□その他収入 | 万円/月  | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
| (氏)                                     | (名)  | □昭和 □平成 □令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   | □無収入<br>□給与<br>□年金<br>□その他収入 | 万円/月                         | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 交付理由番号                         |
| (氏)                                     | (名)  | □昭和 □平成 □令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   | □無収入<br>□給与<br>□年金<br>□その他収入 | 万円/月                         | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 交付理由番号                         |
| 配偶者を扶養申請しないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。      |      |                      |   |   |                              |                              |   | 万円/年  |
| 申請する被扶養者が別居しているときは、その被扶養者への送金額をご記入ください。 |      |                      |   |   |                              |                              |   | 万円/月  |

## ※添付書類が必要です

※任意継続の被保険者・被扶養者の健診はご自宅へ発送いたします。  
(発送時期は年3回予定)

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印